Hacia un enfoque multidisciplinar de los cuidados intensivos

La adaptación del ámbito hospitalario durante la pandemia ha obligado a una redistribución de funciones y de nuevos planteamientos que se han acentuado sobre todo en los servicios de cuidados intensivos, donde la atención a la COVID-19 ha sido vital. En la etapa POS-COVID, la tendencia pasa por apostar por la versatilidad en los recursos humanos, favoreciendo la convivencia entre especialidades en la atención al paciente crítico.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se definen, según el Ministerio de Sanidad, como organizaciones de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Numerosos servicios de Anestesiología de nuestro país incluyen en su cartera de prestaciones los cuidados intensivos en Unidades de Reanimación /UCI de Anestesia que, en muchos casos, son prestigiosas por complejidad y número de camas. Otros servicios que no los contemplan suelen disponen de cuidados intermedios representados en unidades de reanimación de menor nivel o unidades de recuperación en las que se atienden a pacientes en riesgo de deterioro clínico, y que pueden escalarse fácilmente a unidades de mayor complejidad.

Actualmente, el SNS cuenta con cerca de 7.000 anestesiólogos, de los cuales casi el 50% son socios de la SEDAR, sin duda, un número alto de especialistas que da potencia al sistema sanitario. De ellos, unos 1.000 se dedicaban habitualmente, antes de la pandemia, a cuidados intensivos en 90 de las UCI adjudicadas a anestesiología (datos 2016).

"*Los especialistas en Anestesiología tienen competencias en cuidados intensivos inherentes al cuerpo doctrinal de nuestra especialidad*", afirma el **Dr. Fernando Ramasco**, *vicepresidente de la Sección Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)*.

Lo que Anestesiología ofrece, señala el también jefe de Sección de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, "*es la versatilidad de unidades que pueden oscilar desde intermedios hasta ofrecer la máxima complejidad posible en la atención al paciente crítico. Esta fortaleza, que debería ser vista así por cualquier responsable de la Administración que quiera conjugar eficacia y calidad, ha sido en ocasiones nuestra debilidad al no ser entendida como fortaleza por los responsables sanitarios. Anestesiología no quiere vender humo, ni privilegios, sino que es una especialidad con vocación de servir al paciente, a los compañeros para que puedan realizar su trabajo como en el caso de los cirujanos, y por ende a la sociedad*". "*Sin nuestros profesionales de Anestesiología hubiera sido imposible la atención al paciente crítico durante la pandemia*", remarca.

De ahí que, para mantener la sostenibilidad del modelo asistencial actual en las UCI lo que se necesita, como apunta al respecto el Dr. Ramasco, "*son profesionales que tengan competencias en cuidados intensivos y que, además, sean capaces a partir de su especialidad primaria de poder ejercer otras competencias, si no el modelo sería insostenible*". "*Anestesiología* -añade- *ha sido un ejemplo, formando a través de proyectos europeos a otros profesionales y a enfermería en competencias básicas de cuidados intensivos*".

Esa es, precisamente, la tendencia que se observa en Europa desde donde se apuesta por un acceso multidisciplinar a la competencia en cuidados intensivos desde especialidades primarias, que permitan la versatilidad y la eficacia en la atención al paciente grave. Actualmente, en Europa el acceso a las competencias en cuidados intensivos es mayoritariamente a través de especialidades primarias como la Anestesiología , existiendo unos pocos países en que ese acceso es compartido con una especialidad primaria de medicina intensiva.

Según explica este especialista, lo que se intenta ahora es "*que se extiendan las competencias y la formación para atender al paciente crítico, no solo entre, por ejemplo, anestesiología y medicina intensiva, sino también para otras especialidades y para enfermería*".

"*Tanto la Sociedad Europea de Anestesia y Cuidados Intensivos como la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos coinciden en que el acceso a los cuidados intensivos tiene que ser multidisciplinar atendidos por diferentes especialistas*", añade este anestesiólogo.

Lecciones aprendidas de la COVID-19

Y es que la pandemia, desde el punto de vista clínico y en relación a las UCI, ha venido a remarcar la necesidad de un acceso multidisciplinar de aquellas especialidades que tengan competencias para ello a los cuidados intensivos, así como del aumento de camas en estas unidades. Se trata, en definitiva, de diversificar recursos para que ante una situación límite como la que se ha vivido durante los últimos meses se pueda responder a la ciudadanía.

Durante este período, como explica el Dr. Ramasco, "*se han puesto en valor los dos principales tipos de UCI. Las UCI de Anestesia en los hospitales, donde existen, se han extendido triplicando en ocasiones sus camas y posibilitando la atención de los pacientes COVID-19 sobre todo en la primera ola, y en sucesivas olas dependiendo de las comunidades autónomas, y han asegurado la atención máxima al paciente No COVID. Las unidades de intermedios de anestesia de menor nivel y sus profesionales también han colaborado y permitido atender en sus hospitales a ambos tipos de pacientes complementando la atención prestada por neumólogos y especialistas en medicina intensiva*".

A ello hay que añadir que la resiliencia de los sistemas y organizaciones sanitarias es bastante mejor, hay que depositar los recursos en manos de los proveedores, en este caso al que nos referimos, de varias especialidades, tanto para el día a día como para una nueva posible pandemia en el futuro. Sin ir más lejos, el envejecimiento de la población y la mejora de la medicina implican mayor necesidad de unidades de cuidados intensivos bien dotadas de camas y del resto de recursos que se requieren.

En definitiva, la implicación de los anestesiólogos ha sido vital para hacer frente al coronavirus. Así lo destaca el Dr. Ramasco, "*más que demostrar que los anestesiólogos tenemos competencias que ya eran nuestras antes de la misma, la pandemia ha hecho visible a la población general nuestra atención al paciente crítico, y ha mostrado a la Administración la trascendencia de contar con profesionales flexibles y versátiles en la atención a estos enfermos. Un modelo a seguir y para repensar el futuro de las organizaciones sanitarias*".

Afrontar la pospandemia

No cabe duda de que las segundas víctimas de la pandemia han sido, entre otros, los pacientes oncológicos y quirúrgicos graves. "*Si ya antes de la pandemia los hospitales y unidades esta-*

Recursos de cuidados intensivos gestionados por Anestesiología

La Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR). ha llevado a cabo un registro de las camas de cuidados intensivos gestionadas por Anestesiología antes de la pandemia y durante los picos máximos de la misma, y también de las camas de intermedios o de recuperación disponibles gestionadas por estos especialistas, así como del número de respiradores de cuidados intensivos a cargo de los especialistas de Anestesiología en esas unidades.

El estudio se ha realizado en base a una encuesta con la participación de los servicios de Anestesiología de un total de 321 hospitales (de 564 identificados en el directorio nacional), habiéndose obtenido respuesta del 72% de los hospitales públicos y el 98% de los de más de 500 camas.

Del avance de datos resultantes del primer análisis preliminar aportado por SEDAR a este medio cabe destacar:

-Camas de cuidados intensivos de anestesiología antes de la pandemia: 1.700 camas UCIA.

-Camas de cuidados intensivos gestionadas por anestesiología en los picos máximos de la pandemia: 3.300 camas UCIA.

-Número de respiradores actuales a cargo de UCIAS y unidades de Reanimación: 1.900 respiradores.

-Número de *camas* de intermedios gestionadas por Anestesiología (unidades de reanimación de menor complejidad, unidades de recuperación): 3.500 camas.

Como comenta al respecto el Dr. Ramasco, *"existen menos camas de cuidados intensivos en España que en otros países de nuestro entorno como Alemania"*, pero, a su juicio, "*no todo se soluciona con la ampliación insostenible de recursos. Sobre todo, la atención al paciente crítico es susceptible de estar mejor organizada, con unidades que sean capaces de ser resilientes y que pueden adaptarse con facilidad a la demanda*". Para ello, este experto considera clave, "*además de los recursos materiales que, aunque mejorables, existen, apostar por la versatilidad en los recursos humanos, favoreciendo la convivencia en la atención al paciente critico en armonía*".

Fernando Ramasco

ban tensionadas al máximo, estos meses la cirugía se ha retrasado considerablemente, y se está observando ahora que pacientes con patología compleja vienen al hospital en peores condiciones por dichos retrasos sufridos", subraya el Dr. Ramasco.

Pero también es cierto que se está haciendo un gran esfuerzo por acelerar las intervenciones a estos enfermos que no se pudieron atender antes.

En este sentido, la Asociación Española de Cirujanos (AEC) junto con la SEDAR pusieron en marcha, recientemente, una campaña con el objetivo de asegurar la actividad quirúrgica en estos tiempos de pandemia. "*Ahora toca acelerar y garantizar a la población que se les va a dar una respuesta segura y de calidad a sus problemas de salud, de una forma multidisciplinar, y los anestesiólogos nos ofrecemos a llevar a cabo estos compromisos y a contribuir a esa atención multidisciplinar*", señala el representante de la SEDAR.

Precisamente, desde esta Sociedad Científica, se está llevando a cabo una ronda de entrevistas con las consejerías, a cargo de su presidente, Dr. Javier García, para recordar a los dirigentes sanitarios que existen estos recursos, y ponerles al tanto de la realidad. "*Hasta el momento, la receptividad está siendo satisfactoria*", avanza el Dr. Ramasco.

Por otra parte, en medio de la situación vivida y en plena transformación de los sistemas sanitarios, se ha planteado la necesidad de disponer de sistemas específicos en servicios intensivos para futuros eventos con un número masivo de víctimas. En este sentido, como explica el representante de SEDAR, "*existen planes en comunidades autónomas, aunque no a nivel nacional, para estas situaciones. Muchas iniciativas se han frustrado o han quedado 'cojas' por servir a intereses particulares que no tienen que ver con la eficacia sino por preservar privilegios. No es universal, pero sí ha sido la política de determinados dirigentes de algunas sociedades científicas*".

"*Quiero pensar que la pandemia ha venido a terminar con todo esto. Ha demostrado que es imposible afrontar en el siglo que vivimos los retos que nos esperan sin contar con la colaboración real de los que verdaderamente tienen competencias para ello. Es responsabilidad de la Administración con la población asegurar que eso sea así*", concluye.